

耳鼻咽喉科专题译文集

R76
JH
C.2

南京军区后勤部卫生部

一九七八年五月

毛主席语录

列宁为什么说对资产阶级专政，这个问题要搞清楚，这个问题不搞清楚，就会变修正主义。要使全国知道。

应当积极地预防和医治人民的疾病，推广人民的医药卫生事业。

古为今用，洋为中用。

内 容 介 绍

1. 本集共 17 篇译文, 计头痛、面痛 2 篇, 耳鸣 2 篇, 有关眩晕问题 7 篇, 面瘫 5 篇, 其他 1 篇。

2. 以上为耳鼻喉科工作中的常见疾病, 为了便于专业人员的系统参考, 大多数按全文译出, 只有 3 篇为摘译。文中附有副制插图, 人像及病理切片照片, 因不易制版暂从略。

3. 本集为从最新英文版耳鼻喉科书(1972, 1973)选题 9 篇及近年英文耳鼻喉科杂志(1972~1974)采用 7 篇, 另耳鸣 1 篇系译自 1965 年杂志中的一篇专著。

4. 这些专题都是选自资本主义国家的书刊, 对其观点方法及实用价值, 希读者多分析、批判。

5. 对大多数专题系全文照译, 因译者水平限制, 文句不免牵强、晦涩、生硬, 甚至译意错误, 敬希读者多批评指正。

中国人民解放军第一〇五医院耳鼻喉科

1976 年 9 月

耳鼻咽喉科专题译文集

目 录

1. 头痛及其他头部痛	1
2. 面部痛	20
3. 耳 鸣	34
4. 耳 鸣	40
5. 平衡的生理学	54
6. 头晕及眩晕	62
7. 美尼尔氏病	74
8. 广泛应用于美尼尔氏病的一种诊断性试验	98
9. 用 Cawthorne 氏前庭体操治疗眩晕病人(摘译)	106
10. 作用于内耳的化学物及药物	108
11. 眩晕的鉴别诊断	116
12. 面 瘫	137
13. 岩骨骨折所致面瘫	160
14. 儿童面瘫—150例分析(摘译)	170
15. 儿童面神经外伤(摘译)	171
16. 面神经检查的神经生理学	174
17. 结缔组织疾病在耳鼻喉科的表现	181

一、头痛及其他头部痛

原著者: F. L. McNaughton

原 载: Coates 等编耳喉科学, V 卷, 11N 章, 1~26, 1974 年更新页。

有时病人能够明确分清“头痛”与“头部痛”。“头痛”用为表示弥漫性痛或不适, 似亦包括疼痛以外的头部异常感觉。“头部痛”或“头内痛”常示一种较清楚及局限性痛, 可合并有局部压痛。在本章, “头部痛”用作广义词, 包括头部各型局限性或弥漫性痛。

头痛为临床实践中所遇见的最常见症状之一, 首先我们应注意, 此本非一种疾病, 而为潜在机能障碍或疾病的一症状。头痛的最轻型如此多见, 病人常谓有“正常”头痛, 但对医生来说, 对诉头痛者应当郑重其事, 因其可为无关紧要的小毛病, 或为一种进行性疾病的第一不祥征象。很明显, 正确诊断为有效处理的关键。本章目的为提要述及有关头部痛的重要基本事项, 并复习头痛的临床现象, 特别强调其诊断的重要性。

头痛至少在 Hippocrates 时代, 即被内科医生所重视。在古老的医学著作中, 关于头痛的发生机理, 多所揣测。从 Galen 时代, 即将头痛分为发于内部者及由颅外病变所发生者。仅在近年对其发生机理, 始有科学观察以代替以往的臆测。1933 年 Pickering 发表由组织胺所致头痛机理的先驱论文。Wolff 等对头痛机理所进行的不朽工作, 为我们了解头痛及其合理处理, 奠定了坚实基础。本文所论尚多按照 Wolff 的观点及分类进行。

头 痛 发 生 机 理

欲在身体的任何部分试图分析其痛的发生机理, 首先应对该处的感觉神经分布、痛觉通路及致发痛觉机理, 必有清楚的了解, 对颅外组织感觉神经分布知识, 我们已有相当认识 (表 1), 但对颅内神经分布的细节, 尚未十分明了。表 2 已摘要述及感觉和运动神经的起源, 及其在颅腔内的分布。但对颅内血管脑膜感觉末梢的结构, 则知之甚少。在用局部麻醉进行颅内手术时, 虽已熟知 Willis 氏环的大支及基底动脉受机械性或电刺激, 可致痛感, 但对来自脑底部大血管传入神经的起源及径路, 知之最少。

据 Penfield 及 Ray 用局麻醉进行开颅术观察, 示某些颅内组织对痛觉敏感, 其他组织则不敏感。硬脑膜大面积对压迫或电刺激不敏感; 但中脑膜动脉处、硬膜窦壁、其所附着的静脉及硬膜隔, 如脑镰及脑幕, 证实为极敏感。痛敏感区与神经纤维丰富分布区极为一致 (图 1、2)。

交感神经传出纤维经颈交感神经节的节后纤维, 达到头颈部的血管及腺体。颈交感神经干无传入 (感觉) 成分。

副交感神经传出纤维经第Ⅶ颅神经的岩大浅神经及翼腭 (或蝶腭) 神经节, 达到鼻粘膜的血管及腺体。

第Ⅶ颅神经的感觉功能 (除味觉之外), 尚未肯定。

软脑膜、脑组织本身及软脑膜小动脉对一般刺激不敏感。第三脑室或侧脑室膨胀似不

致痛，仅在牵扯脑组织与硬膜窦之间的附着处，或硬膜分隔发生急速曲扭时，才出现痛觉。

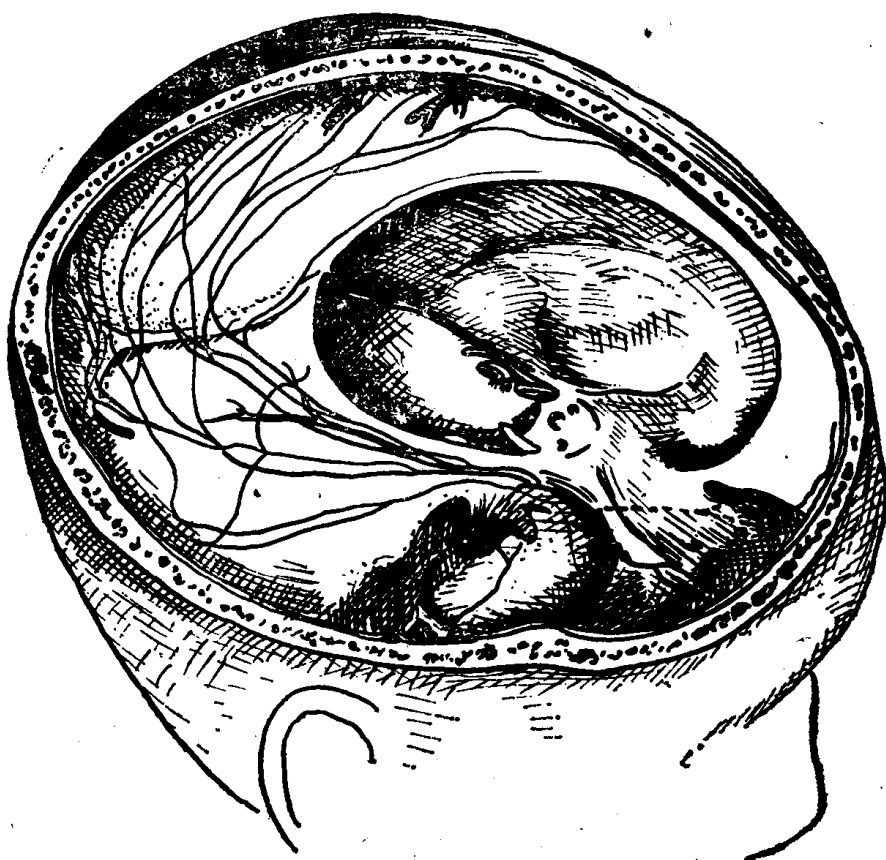


图1 颅内图(右侧面观)示三叉神经感觉支分布至脑膜中动脉、脑幕及大脑镰



图2 颅底图示三叉神经感觉支分布至脑膜中动脉及脑幕(左侧)。亦示第Ⅸ、第Ⅹ颅神经及颈上神经支分布至后颅窝的硬脑膜

表 1

颅外组织的感觉神经分布

组	织	神 经 分 布
头皮、骨膜及头皮动脉(额颞区至头顶)		} 5 (1、2、3)
面部表浅组织		
眼及眶内其他组织		5 (1)
鼻腔及中隔		5 (1、2)
额窦		5 (1)
筛窦		5 (1、2)
蝶窦		5 (1、2)
上颌窦		5 (2)
上牙及上颌包括硬腭、软腭、舌、腭弓		5 (2)
下牙及下颌		5 (3)
颞颌关节及颞动脉		5 (3)(耳颞支)
舌		
前 2/3 及口底		} 5 (3) 体感觉 7 (鼓索神经) 味觉
后 1/3 包括轮状乳头		
鼻咽、口咽、软腭、扁桃体、咽鼓管及中耳		9 一般感觉, 味觉
外耳		9, (10)
外耳道前壁及部分鼓膜		5 (3)
外耳道后壁及部分鼓膜、耳甲		10、9、(7?)
耳郭(耳甲除外)		颈后根 2、3 (耳大及枕小神经)
头皮、骨膜及头皮动脉(枕部至头顶)		} 颈后根 2、3.
颈深及浅组织及下颌角皮肤		

5⁽¹⁾, 5⁽²⁾及 5⁽³⁾为三叉神经的眼支、上颌支及下颌支。

表 2

颅内组织的神经分布

感 觉	
前及中颅窝的硬脑膜, 脑膜及覆于凸面的硬膜, 包括脑膜前、中动脉, 硬膜静脉窦及附着的静脉 (脑幕、侧窦上壁、窦汇及大脑镰后部主要经脑幕神经所分布, 为每侧 5 ⁽¹⁾ 颅内的返支)	5 (1、2、3) (经脑膜返支)
后颅窝的硬脑膜、侧窦下壁及乙状窦感觉神经分布 Willis 氏动脉环及其主支 椎动脉及基底动脉 其他可能从颅内血管的感觉通路(未证实)	C ₂ , C ₃ 5 (或为) C ₂ , C ₃ (或为) 7 (岩大浅神经支) 9 (岩小浅神经支)
运 动	
交感神经传出纤维经颈交感神经节及颈内动脉丛小神经节的节后纤维, 达到颅内血管的血管周围丛。颈交感神经干尚未证实有传入成分。 副交感神经传出纤维可能达到颅内血管, 经由: (1) 第Ⅵ颅神经的岩大浅神经支、翼腭(或蝶腭)神经节及颈内动脉丛。 (2) 第Ⅸ颅神经的岩小浅神经支、耳神经节及脑膜中动脉。	

病人对颅内组织受刺激所致痛觉的定位，很不明确，一般刺激脑幕上组织，多感头顶前部痛；但脑幕下组织受刺激，痛多局限于枕部、乳突部或颈部。刺激脑膜中动脉，常感痛在同侧颞部。脑幕或上矢状窦受压，所致痛牵涉至额部及在同侧的眼后。当注意到此一部位的神经分布系经每一侧的脑幕神经从三叉神经第一支而来，则这种牵涉痛是很易理解的。大脑镰接受两侧脑幕神经的感觉纤维，如受压迫所发生的痛觉，可牵涉至前额及同侧或对侧眼部。在后颅窝，牵涉痛常在头部或颈部，或至同侧耳部。Kerr曾报告刺激颈₁的感觉小根后，可发生眶额部及头顶的牵涉痛，并建议此系通过颈₁及上颈脊髓中三叉神经核之间的联络所发生。

根据这些观察，可易于理解为什么因颅内病变所引起的头部痛，如身体其他部位深部组织所致痛觉一样，其定位价值常属有限。如头部痛很局限，并伴有局部压痛，很可能发源于颅外组织，或为沿特别感觉神经干的牵涉痛。

颅外组织包括头皮及其动脉、神经及骨膜，受直接刺激后，对痛敏感，但除去骨膜之后，颅骨并不敏感。

根据一系列的精密临床观察及患头痛者的实验性资料，Wolff等曾建立一些头痛的基本发生机理，但所述仍远不够完整。兹介绍如下：

1. 颅内原因所致头痛的基本机理

- (1) 脑表面大静脉窦及大静脉支受牵引及移位。
- (2) 脑膜中动脉受牵引
- (3) 脑底部大动脉及其主支受牵引
- (4) 这些痛敏感颅内动脉的扩张及膨胀
- (5) 头部任何痛敏感组织中或其周围的炎症
- (6) 包含痛传入纤维的颅神经及颈神经受肿瘤的直接压迫

2. 颅外原因所致头痛的基本机理

- (1) 颅外组织包括眼、鼻窦、鼻、耳及牙的有害刺激
- (2) 痛敏感颅外动脉的扩张或膨胀
- (3) 头颈部骨骼肌的持续性收缩（可发于慢性情绪紧张之后，或为其他原因所致各种头痛的继发或“反射”后果。）

在这些发生机理中，以颅内外动脉的膨胀及头颈部肌肉的持续性收缩，似为临床实践中所见头痛的最常见潜在原因，牵引、移位、炎性变化及直接压迫或刺激性病变，则为颅内外疾病所致其他各类头痛的发生机理。关于牵涉痛的作用容后讨论。

在其所有的观察中，Wolff强调精神及情绪因素对发生头痛的重要性，谓主要通过颅血管膨胀及持续性肌肉收缩的物理性机理而起作用。

其他类头部痛系通过精神性机理所发生，不似上述的生理性紊乱所引起，故视为一种幻觉性或转化性症状。

表3列出头痛发生机理的主要类型，并指出与头痛及头部痛各常见临床类型的关系。此为头痛分类的基础。

因1、2类机理常见于急性及慢性情绪反应。故在焦虑、紧张状态时，头痛为生活调整困难中的常见表现。

表 3]

头痛发生机理摘要

发生机理类型	受影响的组织	头痛的临床类型
1.血管膨胀及扩张	颅外及颅内动脉	偏头痛 非偏头痛性血管性头痛 血管舒缩性鼻炎, 一些张性头痛
2.持续性肌收缩	眼部、头皮、颌部及颈部肌肉	张性头痛
3.对痛敏感组织的牵引	颅外及颅内动脉、静脉、神经	膨大性颅内病变“低压”头痛
4.痛敏感组织的炎症	颅外或颅内血管、结缔组织及神经	脑膜炎 颅内出血 颅动脉炎
5.感觉神经干或其周围支的直接病变(使受压迫、刺激)	头颈部的周围感觉通路(颅神经 5, 9, 10; 颈神经 2, 3)	各种颅内及颅外病变(如眼、耳、鼻、鼻窦、牙及上颈部组织)所致头或面部的局部痛
6.牵涉痛	头颈部的中枢及周围感觉通路	见 5 项
7.从精神发生机理(如幻觉性或转化反应)		常见于疑病及郁抑状态

头痛的临床探讨

在以上所列的原则及其应用于个别头痛病例之间, 尚存在一较大差距, 多数长期性头痛问题, 或为各种因素合并所致, 故其发生机理必涉及多方面。如何才能消除这一差距? 对头痛的主要类型能否建立较广泛的诊断标准, 借详细询问病史及体检以作诊断?

详细病史为达到正确诊断及合理治疗的第一步。临床按排很重要。头痛是否发于良好健康的背景, 或者有否既往病史, 身体或精神方面, 可为致发原因的线索? 应尽可能对头痛本身及头痛患者进行同样的了解。是否以往从未发过头痛, 现为第一次急性发作? 或为急性痛的复发, 或为亚急性或慢性头痛, 为进行性或非进行性? 发病年龄、头痛的部位及性质、痛的程度, 是否存在伴发症如头晕、恶心、呕吐, 均很重要。痛是否为单侧性或双侧性, 位于额部、颞部或枕部? 痛为隐痛或刺痛, 稳定或跳痛? 头痛是否因咳嗽、使劲、弯腰, 颠簸、或从坐位或卧位猛然起立所增重? 病人是否感屈颈时发硬? 头痛与每日的时间有何关系? 是否有夜间痛醒, 或早晨醒来时有头痛? 痛在紧张时发生或继紧张之后, 多易在休息时发生? 在头皮或面部有无敏感区? 发作时是否伴有畏光感? 头痛与用力有无关系, 或与伤风或鼻阻塞有无关系?

不但询及医学方面的情况, 亦应估计病人所意识到的情绪问题, 应记住头痛常与焦虑、紧张及郁抑等状态有关。

必须进行完全的内科及神经科检查, 包括眼底检查。应注意各种与头痛有关的局部及全身因素, 不可忘记高血压及红血球增多症的可能作用。

病人有持续性头痛者, 最重要实验室检查为头颅、鼻窦、颅底及胸部的 X 线检查, 但亦

常须进行血化学检验及肝、肾功能试验。如疑及有进行性颅内病史,脑电图及同位素扫描阴性结果虽不能排除颅内严重疾病,但亦有诊断意义。如临床需要作进一步检查,特殊对比剂观察如空气造影及血管造影,可以提供更为确切的资料。

很自然可以提出以下问题:“在头痛发作时,临床医生经询问病史及观察,究竟能够测出其发生机理到什么程度?”在考虑大组血管性头痛,包括偏头痛时,此种情况更为适合。例如,血管型头痛可否在临床上认出?

在任何特定病例中,定出痛觉的确切机理仅有少数可靠实用的临床方法,虽然某些现象可作引导,医生常需根据其临床经验及推论以确定之。

血管性头痛常为跳动性或叩击性,但亦可为钝痛及持续性。发作时表浅动脉膨胀可以或不能看出及扪到。有无局部压痛不定。血管性头痛常在咳嗽、弯腰、使劲或头部摇动时加重。(后一影响多示颅内血管病变)。特别在单侧性头痛,病人有时发现压迫疼痛的表浅动脉或痛侧的颈动脉,可暂时缓解头痛。

如血管性头痛为偏头痛所致,在发病早期注射麦角胺,可获得显著缓解。麦角胺至少对颈外动脉分支有血管收缩作用。

用磷酸组织胺 1:1,000, 1 毫升试注射于皮下,在很多正常人中可发生暂时、全部、跳动性头痛,与一般血管性头痛相似,但常非偏头痛。此种试验性注射亦可加重牙根脓肿或急性鼻窦炎的疼痛,此因增加感染区的血管舒张所致;因此,组织胺试验的诊断价值受到限制。

在肌肉收缩性头痛病例中,痛的性质(钝性、弥漫性张力及压迫感,特别发于枕部及头顶)及在枕部、颈上部有压痛区,很有诊断意义。

头皮动脉或神经干局部压痛偶有帮助,但其本身的定位或诊断意义不大。

于头部及颈部颈动脉处进行听诊检查血管杂音,偶可为诊断血管畸形或颈动脉狭窄提供线索。

周期性偏头痛型的血管性头痛

周期性偏头痛或为在医疗实践中,所最常遇见的头痛型,且为仅凭病史可以正确查出者。

当然,视偏头痛为由血管膨胀及扩张所致之头痛,似过于简单。这种头痛反映局部的血管改变,为身体功能广泛紊乱的一部分,对其仍知之有限。在偏头痛患者中,存在着重要的体质及家族性倾向,常可在头痛发作与生活中紧张、受累之间寻出全面关系。实验性观察示偏头痛可与颈外动脉分支的扩张及搏动增加有关;颅内动脉亦可被侵及。扩张可导致血管壁及组织水肿,局部逸出致痛多肽。血管扩张的原因不明,亦未证实为变态反应所致。曾建议为5-羟色胺(Serotonin)或前列腺素(Prostaglandin)代谢紊乱所致。

症 状:

偏头痛的主要现象为头痛反复发作,常有良好的健康基础。头痛常为单侧性,至少在发病时如此,但在发作过程中可为双侧性,常位于额颞区,可延至枕部。其痛亦可扩张至同侧上牙。头痛常伴有轻度虚脱,发作时有无恶心及呕吐不定。偏头痛最常始于儿童期或青年期,如在成年时首次出现,有理由对其诊断更作慎重分析。在幼年时常有散发的病史,至成年时发病频数及重度渐增加。至少在家庭其他成员之一,常有复发性头痛的历史。在女性病人中,头痛与月经之间常有密切关系。在妊娠早期,头痛发作常消失,仅在分娩之后即时复发。发作有时在经绝期消失,或较轻及发作次数较少。但超过中年以后的长时间,偏头痛仍

继续成为一问题。

在发作的早期，如试用酒石酸麦角胺0.25~0.5毫克作肌肉注射，确能使症状缓解者，此为诊断偏头痛的证据。

以上所述包括多数病人患“普通型”偏头痛者。此为旧称的“胆汁性头痛”或“恶心性头痛”。发作可较少及间隔期较长，或发作频繁及使无工作能力。易在紧张时发作，或者常在继紧张之后的休息期间发作。发生于周末者较常见，故有命名为“周末”或“星期天”头痛者。可有长时间及难以解释的缓解期。

“典型的”偏头痛在教科书书中的描述已很清楚，但患这种情况者，或为10%以下。最特殊的现象为在头痛之前有视力障碍。开始常在眼前出现闪烁光点，迅速在右或左侧同视野成为一如锯齿的新月状光圈（所谓设防阵地光谱）。常伴有同侧暗点，可发展为全偏盲。视觉紊乱常持续15~30分钟，逐渐消退。发作可到此为止，不发生头痛。在一些病人中，于暗点同侧的唇、舌部发生刺痛及麻木，有时扩张到同侧臂部，甚至腿部。刺痛于数分钟即消失。这些紊乱常继之以对侧头部跳动性痛。可发生恶心、呕吐及虚脱。发作可持续数小时，或为时更长。到此期经熟睡后，症状完全缓解，仅残留钝性头痛，可因咳嗽或摇晃头部而加重。

偶而血管紊乱在优势大脑半球，则无语言能为发作症状的一部分，亦感累及的上肢欠灵活及软弱。较少见者为患侧上肢，甚至腿部软弱可持续数小时之久（“偏瘫性”偏头痛）。病人亦可在始发视紊乱之后，诉视力模糊持续数小时或数日之久。曾有述及永久性偏盲为典型偏头痛一次发作的后遗症，或为局限性大脑血栓形成所致。亦有报告发生奇特的精神紊乱者。

偏头痛的脑皮质紊乱原因，尚未明了。在发作时，累及的顶枕叶有血管收缩的间接证据，在发作的头痛前期，曾记录下局灶性脑电图改变。

第三种偏头痛应为耳鼻喉科医生所熟悉，名为“群集”偏头痛。这一类型用“群集”命名，因其发作易成群或成组发生，持续数周之久。继之以较长的缓解期，但应指出，所有偏头痛类型，均有群集出现的趋向。这种特型头痛常与三叉神经痛或急性鼻窦炎相混淆，或归咎于变态反应性紊乱。较常发于男性。

群集型的特点为痛发作于眼周或眼后及一侧颞部。痛突然发生，很快达到高峰，持续20分钟到1小时，然后消退不残留疼痛或不适。发作时尚有患侧结膜充血、流泪及流鼻涕等特点。恶心及呕吐少见，无典型偏头痛中所述的视觉改变现象。痛的程度达到高峰时，足使病人烦躁不安及出汗。日间可发作数次，或在夜间使病人痛醒一或二次。病人很少能够解释其中一次的发生，有时发作有季节性。

群集偏头痛曾用不同名目述及，在教科书中所论及的许多特殊复发型面部神经痛，或者属于此种类型。Harris名之为“周期性偏头痛样神经痛”。Lance视其为与偏头痛不同的血管性头痛，命名为“群集性头痛”。在群集性头痛与普通偏头痛之间，存在转变性类型，其症状均可用麦角胺缓解之。“组织胺头痛”一名为Horton所倡用，其理论基础为发作系由局部逸出组织胺所引起，并可用组织胺脱敏治愈。偶可经注射组织胺所激发，但未曾证实组织胺对这一类型偏头痛的发生或缓解，起到一定作用。

在头痛发作之间的缓解期，虽然在少数病人的常发头痛侧出现永久性Horner氏综合症，一般查体所见均属正常。

偏头痛不常见的并发症为暂时性眼瘫痪，侵及头痛侧的第Ⅲ、Ⅵ或Ⅶ颅神经，发生于一

次发作之后。致发眼瘫痪性偏头痛的机理，尚未明了，可因邻近动脉壁的扩张、增厚及水肿压迫神经所致。有时须进行颈动脉造影以排除颅内动脉瘤，是否为眼瘫痪的原因。

诊断

对正确诊断的最重要者为详细的病史，早期轻症、非典型病例或病史不完全者，应排除头痛的其他原因。有单侧复发性头痛，身体素来健康，是否伴有恶心及视觉症状，亦有偏头痛的可能，但不足以确定诊断。颅内疾病可致周期性头痛及其他类似偏头痛症状者，包括原发性或转移性大脑肿瘤、第三脑室囊肿、导水管狭窄、脑血管瘤或动脉瘤、高血压性脑血管疾病及颈内动脉狭窄。

临床判断及经验决定对任一可疑偏头痛病人的观察深度。当偏头痛总是发于同侧，应怀疑有脑血管异常，但严格的单侧头痛，并不需作脑血管造影术。用麦角胺能使发作迅速缓解为有用的线索，但应对其谨慎理解。

治疗

轻度发作在其早期偶可用醋柳酸或醋柳酸、可待因合剂缓解之。在发病的早期，用酒石酸麦角胺治疗为最有效的单味药剂。治疗轻症时，可口服上药 2 毫克，以后每小时服同量一次，直用到 6 剂为止；亦可用吸入法，每次 0.36 毫克，每 5 分钟重用一次，至 6 剂为止。

一种口服复方片剂内含酒石酸麦角胺 1 毫克及咖啡因 100 毫克 (Cafergot)，或麦角胺 2 毫克、咖啡因 100 毫克及 Cyclizine 50 毫克 (Megral)，可隔半小时或 1 小时连用数次。

在较重的发作中，麦角胺栓剂更为有效，必要时在 1 小时内可重用。Cafergot P-B 栓剂含酒石酸麦角胺 2 毫克、咖啡因 100 毫克、左旋颠茄硷 0.25 毫克及戊巴比妥钠 60 毫克，特别适用于呕吐不能口服者。麦角胺最有效的给药法为作皮下或肌肉注射，每次 0.25~0.5 毫克。

麦角胺的禁忌症为妊娠、冠状动脉疾病及周围性血管疾病。麦角胺的副作用如较重恶心或周围性血管收缩症状，限制其使用。另应注意重症常发作者，多易倚赖药物，偏向于发作之前即用药。

重症或发作为时较长者需用镇静及止呕的栓剂；头痛较剧者亦需注射可待因。应避免用杜冷丁及其他合成麻醉剂，因有成瘾之弊。

预防

偏头痛为一复杂的医学问题，病情的轻重与病人的个性、生活地位及其对生活问题的处理有密切关系。Wolff 曾讨论内科医生及精神科医生如何帮助此种病人，缓解其焦虑及抑郁情绪，使其宽怀，改善其态度及生活习惯。采取一些措施以增进健康，避免疲劳及改变环境，亦有裨益。关于特别饮食尚待证实其意义，有时禁进某种食物（如巧克力）或有帮助。矫正屈光不正、贫血、甲状腺功能不足及月经不调亦有效果。在一些女病人中，避孕药可激发或加重偏头痛。

曾试用多种药物以预防偏头痛的发作，总的看来，其结果尚难确定或不满意。医生须参照 Friedman 的观察，他根据双盲用药试验，40% 以上的偏头痛病人，仅用安慰药剂亦有改进。

采用戊巴比妥及苯妥英钠效果不大，一些镇静剂如眠而通、利眠宁、安定及一些专利药品含有麦角胺、巴比妥及阿托品类药 (Bellergal) 亦如是。采用心得安 (Inderal) 及有抗 5-羟色胺 (Serotonin) 性质的药，效果尚佳。虽然头痛似与月经周期有关，但激素的用处不大。曾用 Methysergide maleate (Sansert 或 Deseril) 以制止偏头痛的发作，似为目前最有效的药物，

剂量为2~4毫克，每日三次，仅在用药时有致，约1/3病人有副作用，致限制或不能用此药，其禁忌症为妊娠、患重度高血压、周围性血管疾病、冠状动脉疾病、心瓣膜疾病、或慢性肺、肾脏疾病。因长期使用，可出现并发症（腹膜后纤维增殖），故不可连续使用到6个月以上，此后应停用1~2个月。此药仅用于发作频繁至每周一次者。

偏头痛及慢性肌收缩性头痛常同时出现，群集偏头痛因其在短时间内多次发作较重头痛，在治疗上存在问题。注射麦角胺以缓解每次发作不切实际，但皮下注射此药0.5毫克可获得好几小时的缓解。如发作常在夜间，就寝前注射一次，常可预防发作。可于早晚各注射一次，直到缓解为止。Methysergide maleate可以缓解群集偏头痛，但其副作用限制其应用。亦曾采用过氟羟强的松龙（Triamcinolone）。用组织胺治疗群集偏头痛尽管有疗效的报告，其价值似亦甚微。大剂量抗组织胺药物或激素偶可控制偏头痛，但其改善或为与发作的自然缓解巧合。采用神经外科手术治疗血管性头痛，仅在少数病人中有效。有重度、持续性、局限性群集偏头痛者，偶可经三叉神经后根眼支神经纤维选择性切断所缓解，这种方法将消除角膜反射。颈交感神经切除术，或切断岩大浅神经，并无疗效。

非偏头痛的血管性头痛

此类包括很多种头痛，有些较常见，常非复发性。头痛发于热病，特别是病毒感染者，已为大家所熟悉；如头痛较剧，可能为脑膜炎或脑炎。在这种病人中，如进行腰柱穿刺，脑脊液及其压力常为正常。疲劳、饥饿、轻度紧张焦虑亦可激发此种头痛，即所谓日常生活中的正常头痛。

注射组织胺所发生者，为血管膨胀性头痛的典型例子，以影响颅内动脉为主。亚硝酸盐或硝酸甘油所引起的头痛亦如是。一氧化碳慢性吸入所引起的重度头痛，亦属于血管性。类似头痛亦可继任何原因的惊厥及轻度头外伤所发生，或为饮酒过量的后遗症。患红血球增多症者，其伴发的高血压虽有部分作用，常有此种头痛。血管性头痛亦并发于大脑血栓形成或栓塞病变中。

患原发性高血压者有时发生血管扩张性头痛，位于枕部或枕额部，常出现于早晨醒来时，到白天即消失。应该注意到，在任何时间内，血压的高低与头痛出现与否，并无密切关系。高血压病人亦可有偏头痛样的发作。高血压经现代的药物方法治疗后，高血压性头痛已较少见。嗜铬细胞瘤所致之高血压可有重度头痛的发作。近曾报告另一种高血压伴有重度头痛者，发生于用抗抑郁药Tranlycypromine（Parnate）的病人，特别是进含有酪胺的食物（如浓乳酪）后。

肌肉收缩性头痛

此种头痛（张性头痛）似主要由于头皮及颈部肌肉持续收缩所引起。对其通常的临床描述为：不变的钝性痛及头后、颈部常有压迫感，扩散至头顶及颞部或全头部。有时为单侧头痛，可感跳动如血管性痛。亦感颈肌僵硬，在肌肉的颅骨附着点有压痛。这种不适趋向于经常性，很少为休息及睡眠所影响。

常有慢性神经紧张史，工作时体位不正，如在办公桌或绘图桌前身体弯曲过久，可为致发因素。

检查时可发现颈部活动限制及疼痛，在枕神经处有压痛。有时于颈部肌肉处查到疼痛结节。

根据其典型病史及检查发现，其诊断很明显，但排除其他原因的头痛及上部颈痛，亦属重要。不可忘记，肌肉收缩性头痛常继其他原因的头痛，如偏头痛及鼻窦炎所发生，或为反

射性后果。

颈部外伤（如乘汽车时的撞伤）为常应考虑的因素，特别涉及法律申诉时应注意。亦须留意肌炎及肌痛可能与扁桃体及颈淋巴结感染有关。

X线检查可示颅颈连接处畸形，颅底及颈椎破坏性病变，以及上颈部椎间关节的关节炎病变。亦应考虑颅内病变，特别是位于后颅窝者。如急速改变体位使头痛改变性质及痛的程度，有呕吐发作及其他神经症状者，应怀疑是否有颅内病变。

上已述及，张性头痛的潜在机理为持续肌收缩及血管紊乱。血管病变情况可如偏头痛，在这种病人中，麦角胺治疗可获得暂时性缓解。纤维织炎及发于肌肉、韧带及颈上部椎间关节的其他变性改变，可为复杂的因素。颈部组织受伤亦有关系。痛沿枕神经分布牵涉者，示有枕神经痛。有时出现眩晕症状，Wolff谓由于多数传入性刺激从此处达到脑干所致。

处理的方法不同，精神因素常很重要。止痛剂及镇痛剂联合应用，局部热疗及重按摩可获得效果。矫正工作时的不良体位，亦有帮助，亦应从减少疲劳及紧张的原因着手。如不适局限于枕及上颈部的压痛区，多次局部注射普鲁卡因及激素，可以缓解。应避免使用止痛剂含有非那西丁者。

血管舒缩性反应头痛（血管舒缩性鼻炎）

鼻粘膜对局部刺激物及变态反应高度敏感，在急性或慢性情绪反应时，鼻粘膜只显充血、水肿。血管舒缩性鼻炎的症状很明显，在此不需赘述。除感鼻塞之外，因肿胀的鼻甲压迫中隔敏感区，有时可发生局部疼痛。

在观察头痛及头部不适的较常见类型中，应注意鼻部血管舒缩反应的可能。

颅内病变所致的头痛

头痛的主要颅内发生机理，为其中痛敏感组织受牵引及发生炎症。

颅内膨胀性病变所致头痛

根据Wolff的结论，颅内膨胀性病变所致头痛，并非因颅内压本身所致，但为颅内痛敏感区如硬膜窦壁及硬膜分隔曲扭或移位以及硬膜的静脉附着区受牵引所致。脑底的主要动脉受牵引，亦为部分因素。因为这些机理在颅内压升高之前即已发生作用，故远在出现视乳头水肿及其他高压症状之前，头痛常已为显著的症状。视乳头水肿应视为颅内膨胀性病变的后期征象。

不过，头痛只可为后期病状，遇新生物或硬膜下血肿发展缓慢者，尤为如此。在这种病人中，猝然发作或神经功能逐渐减退（如缓慢进行性偏瘫）可为一种表现症状。

颅内膨胀性病变所致头痛常为弥漫性，局限性差。为单侧性，膨胀性病变多发于同侧，否则头痛部位易误解为颅内肿瘤的定位征象。膨胀性病变位于后颅窝者，头痛可完全位于额部，但痛多局限于枕部及颈部，并伴有轻度颈部强硬。据谓后颅窝肿瘤所见的眶额部头痛，或为第一颈神经感觉小根受牵引的牵涉痛。

膨胀性病变所致头痛在数周或数月内，渐趋向于更频繁、更严重，并有呕吐，有否恶心不定；头痛突然增剧后，呕吐亦属突发而无预感，常描述为喷射性。

除非到病程晚期，间歇性头痛为阻塞第三脑室肿瘤的主要症状；这种头痛可误认为偏头痛。在有些垂体及其茎部的肿瘤，钝性、弥漫性头痛可为一长期的现象。

有复发性、进行性较重头痛病史者，虽然应与血管性及肌肉收缩性头痛相鉴别，但常疑及颅内膨胀性病变的可能。一些神经病变如意识迟钝或欲睡、短暂神志模糊或有“小发作”，为进行性颅内病变的指征。

近有头部外伤史者，虽然很轻，常示有单侧或双侧硬膜下血肿的可能。头痛可为这种病变的首发或仅有现象经数周之久。老年人、嗜饮酒者及癫痫患者易受轻度头外伤，虽然无外伤病史，亦应考虑硬膜下血肿的诊断。

当疑及有进行性颅内病变时，应进行详细的内科及神经科检查，特别注意局灶性症状。颅骨及胸部X线检查应早期进行，但可为正常。实验室检查如脑电图及脑部放射线同位素扫描，可在第二步进行。单侧病变的超声波图，示中线组织偏移。此时作腰椎穿刺检查脑脊液并无确诊意义，且有危险性。应邀请神经外科会诊，血管造影及空气造影可以确诊，以便拟定适当的治疗方法。

低压头痛

此种头痛的主要机理或为脑部的静脉附着处向硬膜窦牵引，可在底部蛛网膜下池之后，当病人在直立位时，即时发生。颅内静脉充血可为发生因素。头痛常在腰椎穿刺进行诊断、空气造影、脊髓造影或脊椎麻醉后数小时内发生。觉痛位于颈部及枕部，可扩散至额部。咳嗽、使劲或转动头部可加重头痛，压迫双侧颈内静脉常使头痛迅速加重，其特点为躺平时头痛消失，在坐起或站立后复发。如病人保持卧位，最好将床脚抬高，头痛常在数日之内消退。

脑膜炎、脑膜脑炎、大脑静脉血栓形成及脑脓肿所伴发的头痛

从以上所论的发生机理，可以理解这种头痛，另外颅内痛敏感组织受刺激或感染亦为致发因素，亦与动脉及静脉膨胀有关。

蛛网膜下出血所致突发、严重头痛，常较显著而特殊，但如出血较轻，亦可逐渐发生。这种病人的蛛网膜下出血，很难与急性脑膜炎相鉴别。除急性化脓性脑膜炎之外，应注意一种由病毒感染的亚急性脑膜炎，后一种脑膜炎所致之头痛为隐袭性，但逐渐加重，颈部及背部强硬较轻或无，亦可无其他神经性征象。遇此种病情，应考虑病毒感染的良性淋巴球形脑膜炎、早期结核性脑膜炎及其他型脑膜脑炎的可能。在所有可疑脑膜刺激的病人中，必须早期进行脑脊液检查。

颅外病变所致的头痛

这种头痛发源于头、面、颈部的许多不同组织，为各种原因所致；但常见的致痛机理常为颅神经及颈上神经的感觉末梢支受直接压迫、炎症或其他毒性物的刺激。

在这种头痛的临床类型中，牵涉痛现象为最常见者。我们所知的“牵涉性痛”系指在致发病变区以外部位所感觉的疼痛（有时伴有痛觉过敏及感觉过敏）。亦述及有牵涉运动现象，如反射性肌痉挛。

牵涉痛的发生机理尚知之甚少，但在其最简单者，可以说是有刺激通过神经支，从一处扩展到另一处，这种神经支在脊髓灰质的同节或脑中，有其共同的中枢起源。

在第V颅神经感觉支分布的颅外区域，发源于一支的有害刺激，可通过脑桥及延髓的中枢联系，扩散到同一主支的另一分支，或其他主支。从一感染牙至同侧面颌其他处的牵涉痛为临床的常见实例。同样牵涉痛现象亦见于第Ⅱ、第Ⅲ颅神经的分布区。经证实第V、第Ⅱ及第Ⅲ颅神经的痛觉纤维终止于脊三叉神经核的同一区，于是提供转移有害脉冲的可能点。不管有这种可能的中枢性联系，头部多数牵涉痛的临床类型，似限于同一感觉神经分布范围内。

在颈上部的病变，容易理解发生于枕部、耳部及颈部的牵涉痛，因均接受相同感觉根的神经分布，此为常见的临床现象。有些观察者推测，通过在下脑干及上颈脊髓的共同中

枢性感觉联系，从颈椎各平面的有害刺激，可以投射至第V颅神经分布的颅内及颅外区，于是发生来源于脊柱的头痛或面痛。所以颈椎及椎间盘的变性病变曾认为慢性头痛的原因，除非有较可靠的证据，对这种报告应持很怀疑的态度。

在某一时期，很时行将特殊位置的头痛，与位于胸、腹各器官的疾病相联系，并划分为各种牵涉痛及压痛。近代临床研究并未发现这种牵涉痛发生机理的证据。

眼部疾病

眼屈光不正（远视，散光）向认为头痛的常见原因，虽然以往对此曾过于重视，但不可忽视用眼疲劳可为慢性头痛原因之一，特别是用目力与头痛有密切联系者。视力疲劳可为加重偏头痛的因素，但经矫正后，亦不能完全缓解其症状。

眼部疾病如虹膜炎、青光眼及球后视神经炎亦可致眼内、眼后及额颞部疼痛，在早期易于忽视。

鼻窦及鼻腔疾病

鼻部疾病亦为头痛的因素。额眶部、眶上部及鼻根部的急剧痛，常因急性额窦炎及筛窦炎所引起；而以颊部为主，并扩散至同侧的上牙、眼上部及前额，则示为上颌窦炎所致。蝶窦炎所反映的痛觉不很确定，据谓多位于头顶或枕深部。头后部痛多为继发性肌肉收缩性头痛所致。急性鼻窦炎所致痛的特点为有波动，上午发生，渐达高峰，然后渐退。

据 Wolff 等的观察，鼻腔的主要痛敏感区为鼻甲、鼻窦自然开口及鼻中隔，但窦腔的粘膜较不敏感。

翼腭（蝶腭）神经节常与鼻腔及面部痛相联系。从此发出节后副交感（传出）神经纤维分布于鼻粘膜，与三叉神经上颌支的感觉支有密切关系。应指出在三叉神经及翼腭神经节或其分支之间，并无触突联系。注射此神经节使痛缓解，实经过上颌支的痛觉纤维受阻滞所发生。

鼻窦慢性感染及鼻中隔偏曲，或为慢性头、面痛的不常见原因。

慢性头、面痛的另一种原因常在晚期才查出者，为发于某一鼻窦或鼻咽部的新生物。偶因鼻阻塞及鼻出血，才对致发原因引起重视，但此常已为晚期现象。其就诊主诉为前额或颊部的持续性难以解释的疼痛，可合并三叉神经受累支分布区的轻度麻木感及客观性感觉减退。惜痛的出现已示深部组织，包括较大的神经干，已受侵犯。其他晚期神经症状有复视、眼肌瘫痪、瞳孔改变、耳鸣及耳聋，此由第V颅神经以外的其他颅神经，亦受侵及所致。

对每一例有持续性及难以解释的头、面部痛患者，应记住这种病变的可能性。应进行鼻及咽部的详细检查，包括鼻咽镜检查，对可疑者，应进行活组织检查。鼻窦及颅底的体层X线片检查，在早期可为正常，但此时的确诊极为重要。晚期病例常显骨破坏病变及异常的软组织阴影。

牙、颌及颞颌关节病变所致头痛

牙、颌病变所致疼痛，以位于面部为主，牙源性痛可位于患牙处，但常为弥漫性，并涉及患侧的上下牙。痛为稳定性、跳动性或为刀刺性。仅经详细、多次牙科检查及X线片检查，方可查出致痛的确切原因，以便获得缓解。

颞颌关节疾病易致慢性不适、位于患侧的耳前、颊部、颌部及颞部，痛可因颌部运动而加重。关节处亦有压痛。应留意急性或慢性颞颌关节炎的可能，X线片检查常可确诊。较常见者为无磨牙的咬合不正，或因托牙不适合，导致关闭咬合及下颌骨髁状突后移，有

时可发生一侧或两侧颞颌关节的退行性病变。Costen 曾提及对此种综合症的注意，述及痛在耳部，听力迟钝及痛的广泛扩散，甚至延至舌侧及颈部。暂时口腔科治疗矫正其咬合，常使疼痛缓解，借以确定诊断。于关节腔内注射普鲁卡因，可以断定疼痛的发源部位。如患有有关节炎，关节内注射激素常有疗效。

头皮及颅骨疾病所致头痛

头皮及神经、血管，颅骨及其骨膜可为慢性头痛的原因，常被忽视。外生骨疣及局限性骨部病变，如骨瘤或其他原发性或转移性新生物，或因侵及其上的骨膜，可发生压痛及局部头痛。虽然早期的X线片检查常为正常，亦应注意骨髓炎的病变，其发生可为转移性，或与额窦炎或乳突炎有关。目前因梅毒所致的慢性骨髓炎及骨膜炎已极少见。额骨内板肥厚为在各年龄中的常见X线片象，但极少为头痛的原因。颅骨的Paget氏病偶与头痛有关，常为钝性及弥漫性痛，其发生机理尚未明了。

较常见的头痛原因为头皮的压痛疤痕及受挫伤的神经，特别易出现于额部或枕部。

在每一例诉头痛者，进行头皮及头部的详细触诊及听诊，亦很重要。

颞动脉炎

颞动脉炎（以名为“颞动脉炎”较好）所发生的痛亦应留意，年老病人尤为重要。常觉颞部痛，伴有病变颞动脉及其分支的压痛及膨胀。颞动脉炎的原因尚不清楚，其与动脉周围炎的关系，尚在讨论、研究中。危险的并发症为视网膜动脉分支受侵，致视力永久丧失。据谓此病的病程可自行限制，但早期采用激素，对此病很有助益。为了活组织检查目的，切除一段动脉，常可缓解局部疼痛，或因切断其伴随的耳颞神经感觉支所致。

局部头、颈痛的其他类型

局限性头颈痛可依头、颈及面部不同区域讨论之（表4）。

表4 局 部 头、颈 痛 的 原 因

面、颌区痛（第V颅神经分布）
偏头痛（特别是群集型）
颞动脉炎
眼、眶内组织、鼻窦、鼻及牙疾病
鼻咽部及颅底新生物（原发性或继发性）
涎腺结石
颅内病变
Willis氏动脉环分支动脉瘤及其他血管畸形压迫刺激三叉神经分支
新生物侵及三叉神经的后根或神经节
病变侵及脑桥及延髓中的三叉神经通路
三叉神经带状疱疹，疱疹后神经痛
三叉神经痛，原因不明
咽区痛（第IX及第X颅神经分布）
舌、口底、扁桃体窝、鼻咽部、咽部、咽鼓管或中耳的局部疾病
舌咽神经痛（原因不明）
耳区痛（第V、第VIII(?)、第IX、第X颅神，颈2、3感觉根)
耳本身疾病